****

**Zdravotní dotazník pro pacienty se skoliózou**

**Jméno, příjmení:**

**Datum narození:**

**Telefon: e-mail:**

**Adresa:**

1. Co očekáváte od programu/terapie?
2. Co považujete za svůj největší problém/obtíže?
3. Omezuje Vás skolióza? Pokud ano, v čem.

*Např. Necítíte se pohodlně v situacích, kde jsou vidět Vaše záda. Díky skolióze jste se vzdal(a) aktivit a koníčků, které jinak máte rádi atd.*

1. Skolióza je součást Vás a lidé Vás akceptují, takovou jaká jste (takového jaký jste). ANO/NE
2. Máte nějakou zkušenost s psychoterapií? Pokud ano, jakou konkrétně?
3. Kdy byla zjištěna skolióza, jaká byla dosavadní terapie? CO a JAK často cvičíte?
4. Bylo provedeno RTG nebo jiné vyšetření? Popis lékařské zprávy:
5. Nosíte ortézu? ANO - kolik hodin? / NE
6. Máte bolesti? Kde a jak často. Pokud jsou bolesti, při čem je úleva či zhoršení?
7. Máte poruchy spánku? ANO/NE V jaké spíte poloze?
8. Měl(a) jste jako dítě problémy s kyčlemi či jiné onemocnění v dětství?
9. Úrazy, operace, jizvy, onemocnění vnitřních orgánů, gynekologické problémy, alergie, astma, ekzém, problémy s klouby,..... DŘÍVE / NYNÍ
10. Léky, které trvale užíváte:
11. Nosíte vložky do bot nebo speciální boty? ANO - jaké? / NE
12. Jaká je Vaše pracovní (nejčastější) poloha? KOLIK hodin?
13. Sport, volný čas, relaxace:
14. Skolióza v rodině ANO – kdo? / NE, jiná závažná onemocnění v rodině:
15. Další případné skutečnosti, které byste chtěli sdělit:

**Souhlas pacienta:**

Odesláním dotazníku souhlasíte **s** posíláním informací (osobních údaje,

lékařské zprávy) prostřednictvím elektronického kanálu na e-mailovou adresu.

V souladu s GDPR pravidly (ochrana osobních údajů) bych vás ráda informovala, že vaše

emailové adresy uchovávám na zabezpečeném nosiči a bez přístupu třetí strany.